

FICHE D'URGENCE MEDICALE

Références de l'enfant mineur :

Numéro de licence : _____

NOM : _____ PRENOM : _____

Date de naissance : _____

Références des parents ou titulaires de l'autorité parentale :

NOM : _____
Prénom : _____

Adresse : _____

NOM : _____
Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____ Code postal : _____ Ville : _____

En cas d'urgence médicale, l'Association s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. En tant que de besoin, les parents autorisent l'association à faire transporter l'enfant par les moyens les plus adaptés vers le site médical le plus approprié. Il appartient à celui-ci de prendre les contacts nécessaires avec la famille pour la définition des soins à apporter.

Afin de pouvoir vous contacter, veuillez nous donner les coordonnées téléphoniques suivantes :

	N° Téléphone fixe	N° Téléphone portable	N° Téléphone travail
Père			
Mère			

Observations que vous souhaitez formuler (allergies, traitement en cours...).

Ce document n'est pas soumis à la règle de la confidentialité.

Il vous appartient de notifier à l'association toutes les modifications de coordonnées survenant en cours d'année.

Fait à _____, le _____
Signatures des Parents / Titulaires de l'autorité parentale